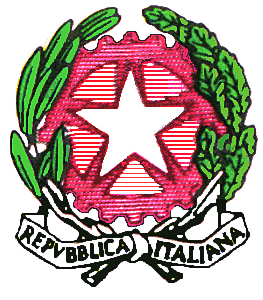
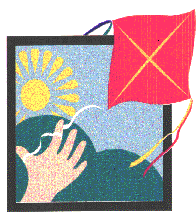
***Allegato 7***

****MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITA’ E DELLA RICERCA

# DIREZIONE DIDATTICA STATALE “E. DE AMICIS”

Scuola dell’infanzia e primaria

Via Rosso di San Secondo, 1 - 90135 Palermo Tel. 091/403197 –091/409294 – 091/401406

C.F. 80013720828 – C.M. PAEE017009

[paee017009@istruzione.it](mailto:paee017009@istruzione.it) [-paee017009@pec.istruzione.it](mailto:paee017009@pec.istruzione.it) - [www.deamicispa.gov.it](http://www.deamicispa.gov.it/)

**SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI**

**(Relativa alla somministrazione dei “farmaci salvavita”)**

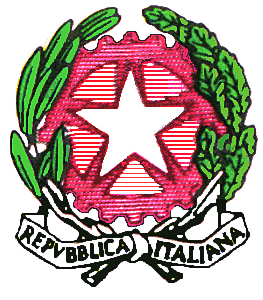
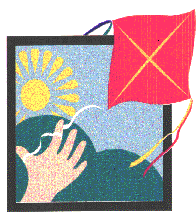
**VERIFICATESI NELL’ANNO SCOLASTICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NELL’ISTITUTO SCOLASTICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA**  **E ORA** | **ALUNNO** | **SITUAZIONE VERIFICATESI** | **INTEREVENTO**  **EFFETTUATO**  **DAL PERSONALE**  **SCOLASTICO**  **E FIRMA OPERATORE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

***Allegato 7/bis***

****MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE, DELL’UNIVERSITA’ E DELLA RICERCA

# DIREZIONE DIDATTICA STATALE “E. DE AMICIS”

Scuola dell’infanzia e primaria

Via Rosso di San Secondo, 1 - 90135 Palermo Tel. 091/403197 –091/409294 – 091/401406

C.F. 80013720828 – C.M. PAEE017009

[paee017009@istruzione.it](mailto:paee017009@istruzione.it) [-paee017009@pec.istruzione.it](mailto:paee017009@pec.istruzione.it) - [www.deamicispa.gov.it](http://www.deamicispa.gov.it/)

***ESEMPIO DI COMPILAZIONE***

***SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI***

**(Relativa alla somministrazione dei “farmaci salvavita”)**

**VERIFICATESI NELL’ANNO SCOLASTICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NELL’ISTITUTO SCOLASTICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA**  **E ORA** | **ALUNNO** | **SITUAZIONE VERIFICATESI** | **INTEREVENTO**  **EFFETTUATO**  **DAL PERSONALE**  **SCOLASTICO**  **E FIRMA OPERATORE** |
| **28.10.2014**  **Ore 10,00** | **Paolo Rossi** | **Forte sudorazione e pallore diffuso** | **Ins. Caio F.: somministrato succo di frutta ed avvisato la famiglia.**   * **Firmato: Caio F.** |
| **12.4.2015** | **Paolo Rossi** | **Sudorazione accompagnata da vomito, convulsioni generalizzate senza perdita di coscienza** | **- Ins. Bianchi: avvisato uno dei colleghi individuato dal Dirigente Scolastico (l’ins. Tarantola) e la famiglia dell’alunno**  **- Ins. Bianchi: affidati i bambini della classe all’ins. Pinco, avvisato e allertato il 118.**  **- Ins. Tarantola: verificato che dopo un minuto la crisi convulsiva non si attenuava e consapevole che la somministrazione del farmaco anticonvulsivo non comporta effetti collaterali, procedeva alla iniezione del farmaco ………..**  **- Ins. Bianchi: si verificava la risoluzione del caso con scomparsa delle convulsioni e ripresa di coscienza. Aggiornata la famiglia della situazione**  **- Operatore 118 ……………..: valutazione del caso e trasferimento presso struttura ospedaliera.**  **Firme di tutti gli Operatori Scolastici:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**